Editorial

Reflexiones personales 25 años después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo

Pío-Iván **Gómez-Sánchez**

Cómo citar este artículo
Gómez-Sánchez Pío-Iván. Personal reflections 25 years after the International Conference on Population and Development in Cairo. Revista Colombiana de Enfermería, 2019, v. 18, n. 3, e012.
https://doi.org/10.18270/rce.v18i3.2659

Recibido: 2019-08-25

Pío-Iván Gómez-Sánchez: ginecoobstetra, epidemiólogo, magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Universidad Nacional de Colombia, International Planned Parenthood Federation-Región Hemisferio Occidental. Nueva York, Estados Unidos.

https://orcid.org/0000-0001-7834-1380

pgomez@ippfwhr.org

Palabras clave: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo; derechos sexuales y reproductivos; derechos sexuales; mujer; aborto.

En mi formación de posgrado a finales de los años ochenta, teníamos cerca de treinta camas hospitalarias en un pabellón llamado "sépticas" (1). En Colombia, donde el aborto estaba totalmente penalizado, allí estaban mayoritariamente mujeres con abortos inseguros complicados. El enfoque que recibíamos era técnico: manejo de cuidados intensivos; realizar histerectomías, colostomías, resecciones intestinales, etc. En esa época algunas enfermeras eran monjas, y se limitaban a interrogar a las pacientes para que "confesaran" qué se habían hecho para abortar. Siempre me inquietó que las mujeres que salían vivas se iban sin ninguna asesoría, ni con un método anticonceptivo. Al preguntar alguna vez a uno de mis docentes me contestó con desdén: "este es un hospital de tercer nivel, esas cosas las hacen las enfermeras en primer nivel".

Al ver tanto dolor y muerte, decidí hablar con las pacientes del servicio y empecé a entender sus decisiones. Recuerdo aún con tristeza tantas muertes, pero un caso en particular aún me duele: era una mujer cercana a los cincuenta años que llegó con una perforación uterina en estado de sepsis avanzada. A pesar de la cirugía y los cuidados intensivos, falleció. Alcancé a hablar con ella y me contó que era viuda, tenía dos hijos mayores y había abortado por "vergüenza con ellos", pues se iban a dar cuenta de que tenía vida sexual activa. A los pocos días de su fallecimiento, me llamó el profesor de patología, extrañado, para decirme que el útero que habíamos enviado

para examen patológico no tenía embarazo. Era una mujer en estado perimenopáusico con una prueba de embarazo falsamente positiva, debido a los altos niveles de FSH/LH típicos de su edad. ¡¡¡NO ESTABA EMBARAZADA!!! No tenía menstruación porque estaba en premenopausia y una prueba falsamente positiva la llevó a un aborto inseguro. Claro, las lesiones causadas en las maniobras abortivas la llevaron al desenlace fatal, pero la real causa subyacente fue el tabú social respecto a la sexualidad.

Tuve que ver muchas adolescentes y mujeres jóvenes salir del hospital vivas, pero sin útero, a veces sin ovarios y con colostomías, para ser despreciadas por una sociedad que les recriminaba el haber decidido no ser madres. Tuve que ver situaciones de mujeres que llegaban con sus intestinos protruyendo a través de sus vaginas por abortos inseguros. Vi mujeres que en su desespero se autoinfligieron lesiones tratando de abortar con elementos como palos, ramas, gajos de cebolla, barras de alumbre, ganchos, entre otros. Eran tantas las muertes que era difícil no tener por lo menos una mujer diariamente en la morgue a consecuencia de un aborto inseguro.

En esa época no se abordaba la salud desde lo biopsicosocial sino solamente desde lo técnico (2); sin embargo, en las evaluaciones académicas que nos hacían, ante la pregunta de definición de salud, había que recitar el texto de la Organización Mundial de la Salud que involucraba estos tres aspectos, ¡qué contrasentido!

Para dar respuesta a las necesidades de salud de las mujeres y garantizar sus derechos, cuando ya era docente, inicié el servicio de anticoncepción posevento obstétrico en ese hospital de tercer nivel. Hubo resistencia de las directivas, pero afortunadamente logré donaciones internacionales para la institución y esto facilitó su aceptación. Decidí concursar para carrera docente con el ánimo de poder sensibilizar a profesionales de la salud hacia un enfoque integral de la salud y la enfermedad.

Cuando en 1994 se realizó la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo ya llevaba varios años en la docencia, y cuando leí su Programa de Acción, encontré nombre para lo que estaba trabajando: *derechos sexuales y derechos reproductivos*. Empecé a incorporar en mi vida profesional y docente las herramientas que este documento me daba. Pude sensibilizar personas del Ministerio de Salud de mi país y trabajamos en conjunto recorriéndolo con un abordaje de derechos humanos en materia de salud sexual y reproductiva (SSR). Esta nueva mirada buscaba además de ser integral, dar respuesta a viejos problemas como la mortalidad materna, el embarazo en la adolescencia, la baja prevalencia anticonceptiva, el embarazo no planeado o no deseado o la violencia contra la mujer. Con otras personas sensibilizadas empezamos a permear con estos temas de SSR la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología, algunas universidades y hospitales universitarios. Todavía seguimos dando la lucha en un país que a pesar de tantas dificultades ha mejorado muchos indicadores de SSR.

Con la experiencia de haber trajinado en todas las esferas con estos temas, logramos con un puñado de colegas y amigas de la Universidad El Bosque crear la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, abierta a todas las profesiones, en la que rompimos varios paradigmas. Se inició un programa en el que la investigación cualitativa y cuantitativa tenían el mismo peso y algunos de los egresados del programa están ahora en posiciones de liderazgo en los entes gubernamentales e internacionales replicando modelos integrales. En la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y en la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), pude por varios años aportar mi experiencia en los comités de SSR de esas asociaciones para beneficio de las mujeres y las niñas en los ámbitos regional y global.

Cuando pienso en quienes me han inspirado en esta lucha, debo resaltar las grandes feministas que me han enseñado y acompañado en tantas batallas. No puedo mencionarlas a todas, pero he admirado la historia de vida de Margaret Sanger con su persistencia y mirada visionaria. Ella luchó durante toda su vida para ayudar a las mujeres del siglo XX para que obtuvieran el derecho a decidir si querían o no tener hijos o hijas y cuándo (3). De las feministas actuales he tenido el privilegio de compartir experiencias con Carmen Barroso, Giselle Carino, Debora Diniz y Alejandra Meglioli, lideresas de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF-RHO, por su nombre en inglés). De mi país quiero resaltar a mi compatriota Florence Thomas, psicóloga, columnista, escritora y activista feminista colombo-francesa. Es una de las voces

más influyentes e importantes del movimiento por los derechos de la mujer en Colombia y en la región. Arribó procedente de Francia en la década de 1960, en los años de la contracultura, los Beatles, los hippies, Simone de Beauvoir y Jean-Paul Sartre, época en la que se empezó a criticar el capitalismo y la cultura del consumo (4). Fue entonces cuando se comenzó a hablar del cuerpo femenino, la sexualidad femenina y cuando llegó la píldora anticonceptiva como una revolución total para las mujeres. A su llegada en 1967, ella experimentó un choque porque acababa de asistir a toda una revolución y solo encontró un país de madres, no de mujeres (5). Ese era el único destino de una mujer, ser callada y sumisa. Entonces se dio cuenta de que no se podía seguir así, hablando de "vanguardias revolucionarias" en un ambiente tan patriarcal.

En 1986 con las olas del feminismo norteamericano y europeo, y con su equipo académico crearon el grupo Mujer y Sociedad de la Universidad Nacional de Colombia, semillero de grandes iniciativas y logros para el país (6). Ella ha liderado grandes cambios con su valentía, la fuerza de sus argumentos, y un discurso apasionado y agradable a la vez. Dentro de sus múltiples libros resalto *Conversaciones con Violeta* (7), motivado por el desdén hacia el feminismo de algunas mujeres jóvenes. Lo escribe a manera de diálogo con una hija imaginaria en el que, de una manera íntima, reconstruye la historia de las mujeres a través de los siglos y da nuevas luces sobre el papel fundamental del feminismo en la vida de la mujer moderna. Otro libro muestra de su valentía es *Había que decirlo* (8), en el que narra la experiencia de su propio aborto a sus 22 años en la Francia de los años sesenta.

Mi experiencia de trabajo en la IPPF-RHO me ha permitido conocer líderes y lideresas de todas las edades en diversos países de la región, quienes con gran mística y dedicación, de manera voluntaria, trabajan por lograr una sociedad más equitativa y justa. Particularmente me ha impresionado la apropiación del concepto de derechos sexuales y reproductivos por parte de las personas más jóvenes, y esto me ha dado gran esperanza en el futuro del planeta. Seguimos con una agenda incompleta del Plan de acción de la CIPD de El Cairo, pero ver cómo la juventud enfrenta con valentía los retos, me motiva a seguir adelante y aportar mis años de experiencia en un trabajo intergeneracional.

La IPPF-RHO evidencia un gran compromiso por los derechos y la SSR de adolescentes en sus políticas y programas, que son consistentes con lo que la Organización promueve; por ejemplo, el 20 % de los puestos de toma de decisión están en manos de jóvenes. Las organizaciones miembros, que basan su labor en el voluntariado, son verdaderas incubadoras de jóvenes que harán ese recambio generacional inexpugnable y necesario. A diferencia de lo que nos tocó a muchos de nosotros, trabajar en esta complicada agenda de salud sexual y reproductiva sin bases teóricas, hoy vemos personas comprometidas y con una sólida formación para reemplazarnos. En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y en la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque, las nuevas generaciones están más motivadas y empoderadas, con grandes deseos de cambiar las rígidas estructuras subyacentes.

Nuestra gran preocupación son los embates de ultraderecha que soportan grupos antiderechos, muchas veces mejor organizados que nosotros, que sí apoyamos los derechos y somos verdaderos provida (9). Ante este escenario, debemos organizarnos mejor y seguir dando batallas para garantizar los derechos de las mujeres en el ámbito local, regional y global, aunando esfuerzos de todas las organizaciones proderechos. Estamos ahora comprometidos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (10), entendidos como aquellos que satisfacen las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Esta nueva agenda se basa en:

- El trabajo no finalizado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Los compromisos pendientes (convenciones ambientales internacionales).
- Los temas emergentes en las tres dimensiones del desarrollo sostenible: social, económica y ambiental.

Tenemos ahora 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas (11). Entre estos objetivos se menciona en varias ocasiones el "acceso universal a la salud reproductiva". En el Objetivo 3 de esa lista se incluye garantizar, de aquí al año 2030, "el acceso universal a los servicios de salud sexual

y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación". De igual manera, el Objetivo 5, "Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas", establece que se deberá "asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing". No se puede olvidar que el término *acceso universal* a la salud sexual y reproductiva incluye el acceso universal al aborto y la anticoncepción.

Actualmente 830 mujeres mueren cada día por causas maternas prevenibles; de estos decesos, el 99 % ocurre en países en desarrollo, más de la mitad en entornos frágiles y en contextos humanitarios (12). 216 millones de mujeres no pueden acceder a métodos de anticoncepción moderna y la mayoría vive en los nueve países más pobres del mundo y en un ambiente cultural propio de la década de los sesenta (13). Este número solo incluye las mujeres de 15 a 49 años en cualquier tipo de unión, es decir el número total es mucho mayor. Cumplir con los objetivos marcados supondría prevenir 67 millones de embarazos no deseados y reducir a un tercio las muertes maternas. Actualmente tenemos una alta demanda insatisfecha de anticoncepción moderna, con un bajísimo uso de los métodos de larga duración reversible (dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos) que son los más efectivos y de mayor adherencia (14).

No hay uno solo de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible donde la anticoncepción no tenga un papel preponderante: desde el primero que se refiere al fin de la pobreza, pasando por el quinto de igualdad de género, el décimo de reducción de la desigualdad, entre los países y en el mismo país, hasta el decimosexto relacionado con paz y justicia. Si queremos cambiar el mundo, debemos procurar acceso universal a la anticoncepción sin mitos ni barreras. Tenemos la obligación moral de lograr la erradicación de la pobreza extrema y avanzar en la construcción de sociedades más igualitarias, justas y felices.

En anticoncepción de urgencia (AU), estamos muy lejos de alcanzar lo que esperamos. Si en métodos de larga duración reversible tenemos una baja prevalencia, en la AU la situación empeora. No en todas las facultades de medicina de la región se aborda este tema, y donde sí se hace, no hay homogeneidad de contenidos, ni siquiera dentro del mismo país. Hay aún mitos sobre su verdadero mecanismo de acción. Hay países como Honduras donde está prohibida y no hay un medicamento dedicado, como tampoco lo hay en Haití. Donde está disponible el acceso es ínfimo, particularmente entre las niñas, adolescentes, jóvenes, migrantes, afrodescendientes e indígenas. Hay que derrumbar las múltiples barreras para el uso eficaz de la anticoncepción de emergencia, y para eso necesitamos trabajar en romper mitos y percepciones erróneas, tabúes y normas culturales; lograr cambios en las leyes y normas restrictivas de los países; lograr acceso sin barreras a la AU; trabajar intersectorialmente; capacitar al personal de salud y la comunidad. Es necesario transformar la actitud del personal de salud en una de servicio por encima de sus propias opiniones.

Reflexionando acerca de lo que ha pasado después de la CIPD realizada en El Cairo, su Programa de Acción cambió cómo miramos las dinámicas de población de un énfasis en la demografía a un enfoque en los derechos humanos y las personas. Los gobiernos acordaron que, en este nuevo enfoque, el éxito era el empoderamiento de las mujeres y la posibilidad de elegir a través de expandir el acceso a la educación, la salud, los servicios y el empleo, entre otros. Sin embargo, ha habido avances desiguales y persiste la inequidad en nuestra región, no se cumplieron todas las metas, los derechos sexuales y reproductivos continúan fuera del alcance de muchas mujeres (15). Aún queda un largo camino para recorrer, hasta que mujeres y niñas del mundo puedan reclamar sus derechos y la libertad de decidir. Globalmente la mortalidad materna se ha reducido, hay mayor asistencia calificada del parto, mayor prevalencia anticonceptiva, la educación integral en sexualidad y el acceso a servicios de SSR para adolescentes ya son derechos reconocidos y con grandes avances, además ha habido ganancias concretas en materia de marcos legales más favorables en particular en nuestra región; sin embargo, si bien las condiciones de acceso han mejorado, las legislaciones restrictivas de la región exponen a las mujeres más vulnerables a abortos inseguros.

Hay aún grandes desafíos para que los gobiernos reconozcan la SSR y los DSR como parte integral de los sistemas de salud, existe una amplia agenda contra las mujeres. En ese sentido, el acceso a SSR está bajo amenaza y opresión, se requiere movilización intersectorial y litigios estratégicos, investigación y apoyo a los derechos de las mujeres como agenda intersectorial.

Hacia adelante hay que esforzarnos más en el trabajo con jóvenes, para avanzar no solo en el Programa de Acción de la CIPD, sino en todos los movimientos sociales. Son uno de los grupos más vulnerables, y de los mayores catalizadores para el cambio. La población joven aún enfrentan muchos desafíos, especialmente las mujeres y niñas; las jóvenes están especialmente en alto riesgo debido a la falta de servicios y salud sexual y reproductiva amigables y confidenciales, la presencia de violencia basada en género y la falta de acceso a los servicios. Además hay que mejorar el acceso al aborto; es responsabilidad de los estados garantizar la calidad y seguridad en el acceso. Aún en nuestra región existen países con marcos totalmente restrictivos.

Las nuevas tecnologías facilitan el autocuidado (16), lo que permitirá ampliar el acceso universal, pero los gobiernos no pueden desvincularse de su responsabilidad. El autocuidado se está expandiendo en el mundo y puede ser estratégico para llegar a las poblaciones más vulnerables. Hay nuevos desafíos para los mismos problemas, que requieren una reinterpretación de las medidas necesarias para garantizar los DSR de todas las personas, en particular mujeres, niñas y en general las poblaciones marginadas y vulnerables. Es necesario tener en cuenta aspectos como las migraciones, el cambio climático, el impacto de medios digitales, el resurgimiento de discursos de odio, la opresión, la violencia, la xenofobia, la homo/transfobia y otros problemas emergentes, pues la SSR debe verse en un marco de justicia, y no aislado.

Debemos exigir rendición de cuentas a los 179 gobiernos que participaron en la CIPD hace 25 años y a los 193 países que firmaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Deben reafirmarse en sus compromisos y expandir la agenda a los temas no considerados en ese momento. Nuestra región ha dado ejemplo al mundo con el Consenso de Montevideo, que se convierte en una hoja de ruta para el cumplimiento del plan de acción de la CIPD y no debe permitirnos retroceder. Este Consenso pone en el centro a las personas, en especial a las mujeres, e incluye el tema de aborto invitando a los estados a que consideren la posibilidad de legalizarlo, lo que abre la puerta para que los gobiernos de todo el mundo reconozcan que las mujeres tienen el derecho a decidir sobre la maternidad. Este Consenso es mucho más inclusivo:

> Considerando que las brechas en salud continúan sobresalientes en la región y las estadísticas promedio suelen ocultar los altos niveles de mortalidad materna, de infecciones de transmisión sexual, de infección por VIH/SIDA y de demanda insatisfecha de anticoncepción entre la población que vive en la pobreza y en áreas rurales, entre los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes y grupos en condición de vulnerabilidad como mujeres, adolescentes y jóvenes y personas con discapacidad, acuerdan:
>
> 33. Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia.
>
> 37. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos.
>
> 42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos (17).

AGRADECIMIENTOS

Para la preparación de estas reflexiones fueron muy valiosos los aportes personales sobre los avances del plan de acción de la CIPD de El Cairo recibidos de Alejandra Meglioli y Laura Malajovich de IPPF-RHO, con sede en Nueva York, así como de Estelle Wagner, IPPF, con sede en Londres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Lozano-Carrillo A.** Peritonitis y pelviperitonitis. Manejo y tratamiento en el Servicio de Sépticas del Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces de Acosta de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 1966, v. 17, n. 1, pp. 75-81.

2. **Gómez-Sánchez Pío-Iván.** Oportunidades perdidas en los servicios de salud sexual y reproductiva. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, 2015, v. 20, n. 3, pp. 59-62.

3. **Cullen-DuPont Kathryn.** The encyclopedia of women's history in America. 2.a ed. Nueva York, Facts on File, 2000, ISBN: 0 8160 4100 8.

4. **Gaviria Stephany.** Un café con Florence Thomas. TRESPUNTOSAPARTE, 2016, 6 de mayo.
https://trespuntosaparteblog.wordpress.com/2016/05/03/un-cafe-con-florence-thomas/

5. **Thomas Florence.** ´Ser mujer no es ser mamá`. El Espectador, 2010, 22 de noviembre.
https://www.elespectador.com/impreso/unchatcon/articuloimpreso-236287-ser-mujer-no-ser-mama-florence-thomas

6. **Unimedios.** Florence Thomas, la voz del feminismo en Colombia. Agencia de Noticias UN, 2018, 8 de marzo.
https://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/florence-thomas-la-voz-del-feminismo-en-colombia.html

7. **Thomas Florence.** Conversaciones con Violeta. Bogotá, Editora Aguilar-Altea-Taurus-Alfaguara S.A., 2006.

8. **Thomas Florence.** Había que decirlo. Bogotá, Icono Editorial Ltda., 2010.

9. **Briozzo Leonel.** De providas y antiderechos en los albores del siglo XXI. Brecha, 2017, 9 de marzo.
https://brecha.com.uy/providas-antiderechos-los-albores-del-siglo-xxi/

10. **United Nations.** The 2030 agenda for sustainable development. Nueva York, UN, 2015.
https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf

11. **Naciones Unidas.** Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, UN, 2015.
https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

12. **World Health Organization.** Maternal mortality. Nueva York, WHO, 2018.
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

13. **Darroch Jacqueline-E; Singh Susheela.** Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008 and 2012: an analysis of national surveys. The Lancet, 2013, v. 381, n. 9879, pp. 1756-1762.

14. **Gomez-Ponce-de-Leon Rodolfo; Ewerling Fernanda; Serruya Suzanne Jacob; Silveira Mariangela-F; Sanhueza Antonio; Moazzam Ali; et ál.** Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. The Lancet Global Health, 2019, v. 7, pp. e227-235.
https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930481-9

15. **UNFPA**. ICPD beyond 2014 high-level global commitments. Nueva York, UNFPA, 2016, ISBN: 978 1 61800 880 0.

16. **World Health Organization.** WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Nueva York, WHO, 2019, ISBN: 978 92 4 155055 0.

17. **Naciones Unidas-CEPAL.** Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Montevideo, Celade, 2013.
https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarroll